Michael Toyka-Seid

# "Sanitary Idea" und "Volksgesundheitsbewegung".

## Zur Entstehung des modernen Gesundheitswesens in Großbritannien und Deutschland im 19. Jahrhundert

> "The disposition to take precautions against epidemic seems to be an affair of nationality. The Anglo-Saxon cares more for these things than the Latin races, who would think the constant fuss that is made in England about drains and cisterns an unintelligible waste of energy."[1]

Die Herausgeber des "Durham Chronicle" hatten die lokale gesundheitspolitische Auseinandersetzung im Sinn, als sie im Jahre 1883 leitartikelnderweise die Vorstellung eines ethnisch begründbaren Gesundheitsbewußtseins bemühten - die Durhamer Stadtväter sollten auf diesem argumentativen Umweg zum Bau eines kommunalen Krankenhauses bewogen werden. Die Frage nach nationalen Eigenheiten des Gesundheitsprozesses zielt jedoch über solche lokalen Erwägungen hinaus. Seit dem frühen 19. Jahrhundert galten der Erhalt der Volksgesundheit und die dafür ergriffenen gesellschaftlichen und individuellen Maßnahmen den Gesellschaften Westeuropas und Nordamerikas als Ausweis des zivilisatorischen Fortschritts und der gesellschaftlichen Modernisierungsfähigkeit.[2] "Meine Herrren, ich vergesse, daß ich in Europa bin", urteilte Robert Koch 1894 über die Zustände im choleraverseuchten Hamburg,[3] und nichts hätte die stolzen Hansestädter tiefer treffen können als die in diesen Worten zum Ausdruck kommende Kritik an den gesundheitspolitischen Errungenschaften der Stadt. Welche Rolle aber spielten nationale ordnungspolitische Vorstellungen und der gesellschaftspolitische Diskurs bei der Gestaltung der im Werden begriffenen Sozialpolitik? Dieser Frage wird im folgenden mit einem Vergleich der Entstehung des modernen Gesundheitswesens in den beiden wichtigsten westeuropäischen Industriestaaten des 19. Jahrhunderts nachgegangen. Dabei werden die hierzulande weniger bekannten britischen Entwicklungen im Zentrum der Darstellung stehen. Eine generelle Vorbildfunktion der "Werkstatt der Welt" soll damit nicht impliziert werden. Gleichwohl darf nicht übersehen werden, daß bereits die Zeitgenossen der Gesundheits-

---

1. Durham Chronicle vom 19. Sept. 1884, 5.

2. Vgl. M.N. Cohen, Health and the Rise of Civilisation, New Haven 1989; T. McKeown, The Origins of Human Disease, Oxford 1988.

3. Zit. nach R.J. Evans, Tod in Hamburg. Stadt, Gesellschaft und Politik in den Cholera-Jahren 1830-1910, Reinbek 1990, 398.

frage zentrale Bedeutung für die Lösung der durch Industrialisierung und Urbanisierung hervorgerufenen "sozialen Frage" zumaßen.[4] Wie so oft war es die Stadt des 19. Jahrhunderts, jener "Vorort der Modernität" (Thomas Nipperdey), in der sich das Problem am unmittelbarsten manifestierte; in den rapide wachsenden urbanen Lebensräumen wurde die im Kameralismus des frühindustriellen Europa wurzelnde Gesundheitsfrage zur Stadtgesundheitsfrage.[5] Dem ersten urbanisierten Land der europäischen Neuzeit muß in diesem Prozeß zumindest die Vorreiterrolle zugebilligt werden.

## I

Es war die Sorge der aufgeklärt-absolutistischen Herrscher Westeuropas um Bestand und Wachstum ihrer Landesbevölkerung, die in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts staatliche Aktivitäten im Gesundheitswesen hervorrief.[6] In zahlreichen deutschen Staaten traten im späten 18. und frühen 19. Jahrhundert "Medizinal-Ordnungen" in Kraft. Noch war man jedoch weit entfernt von jenem "System einer vollständigen medicinischen Polizey", das Johann Peter Frank bereits 1779 entworfen hatte.[7] Eine umfassende Gesundheitsverwaltung war von den chronisch finanzschwachen absolutistischen Staaten nicht zu bezahlen, mancherorts auch - beispielsweise in den kleinräumigen Stadtstaaten des Deutschen Reiches - gar nicht erwünscht.

Der akademischen Medizin wurde in diesen Regelwerken zur Ordnung und Verbesserung des Gesundheitswesens von staatlicher Seite die ersehnte Führungsrolle im Gesundheitsbereich eingeräumt. Den Ärzten oblag nicht nur die Aufsicht über Apotheker und Hebammen sowie die Organisation der Seuchenabwehr, über Posten und Pöstchen als Amts- oder District-Physici konnten sie neben ihren privaten Finanzen

4. Vgl. F. Rothenbacher, Soziale Ungleichheit im Modernisierungsprozeß des 19. und 20. Jahrhunderts, Frankfurt/M. 1989, 152.

5. Vgl. D. Fraser, The Evolution of the British Welfare State. A History of Social Policy since the Industrial Revolution, London 1973, 51.

6. Dazu allgemein G. Rosen, Kameralismus und der Begriff der Medizinischen Polizei, in: E. Lesky (Hg.), Sozialmedizin: Entwicklung und Selbstverständnis, Darmstadt 1977, 94-123; A. Labisch, Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit, Frankfurt/M. 1992, 80-8; U. Frevert, Krankheit als politisches Problem 1770-1880, Göttingen 1984, 23-8; M. Ramsey, Professional and Popular Medicine in France, 1770-1830, Cambridge 1988.

7. J.P. Frank, System einer vollständigen medicinischen Polizey, 6 Bde., Mannhein 1779-1788.

auch ihre Stellung im entstehenden öffentlichen Gesundheitswesen konsolidieren. Begleitet wurden diese Entwicklungen von einer an ein bürgerliches Publikum adressierten "Gesundheitspropaganda", die in erster Linie auf die ökonomischen Vorteile individueller Gesundheitspflege abhob. Die eigentliche Neuerung bestand darin, daß Gesundheit und Krankheit damit erstmals "als verbindliche Orientierungswerte individuellen Verhaltens und staatlicher 'policies' festgeschrieben" wurden.[8] Ungeachtet der fortdauernden Stagnation der wissenschaftlichen Medizin begann sich eine positive Deutung der öffentlichen Gesundheitspflege abzuzeichnen, die jetzt nicht mehr nur auf die kurzfristige Bekämpfung von Seuchen, sondern auf die grundlegende Verbesserung der gesundheitlichen Situation im Lande gerichtet war.

Am Anfang der modernen britischen Gesundheitsgeschichte war die Cholera. Wohl hatte es auf den britischen Inseln unter den Hannoveraner-Königen Ansätze einer frühen Medikalisierung der Gesellschaft gegeben,[9] waren auf lokaler Ebene - beispielsweise in Liverpool oder Manchester - seit den 1780er Jahren halb-öffentliche Gremien einer präventiven Gesundheitspflege in Erscheinung getreten.[10] Auch wurden von reformgeneigten Medizinern wie W.H. Rumsey weitreichende Vorschläge zur Begründung eines zentralisierten öffentlichen Gesundheitswesens präsentiert. Die kameralistische Begründung der Gesundheitspolitik aber blieb dem staatlicher Einflußnahme traditionell mit Skepsis begegnenden britischen Gemeinwesen fremd.[11]

Die Cholera brachte eine neue Dimension des Schreckens, die die alltägliche Erfahrung von Krankheit und Tod transzendierte.[12] Wer an der Cholera starb, starb keines schönen Todes. Mit ihrer Plötzlichkeit und dem drastischen Krankheitsverlauf durchbrach die Krankheit "die im Namen der Kultur gegen die Leiblichkeit errichteten

---

8. Frevert, Krankheit, 21; Hervorhebung von der Autorin. Zur 'Verbürgerlichung' des Gesundheitsbegriffes auch W. Coleman, Health and Hygiene in the "Encyclopedie": A Medical Doctrine for the Bourgeoisie?, in: J. of the Hist. of Medicine 29, 1974, 399-421.

9. Vgl. R. Porter, Disease, Medicine and Society in England, London 1987, 32-47; J.C. Riley, The Eighteenth Century Campaign to Avoid Disease, London 1987.

10. E.P. Hennock, Urban Sanitary Reform a Generation before Chadwick?, in: EcHR 10, 1975, 113-20; M. Flinn, Introduction, in: Ders. (Hg.), Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Gt. Britain, by Edwin Chadwick, Edinburgh 1965, 1-73, 16-43.

11. Vgl. V. Berridge, Health and Medicine, in: F.M.L. Thompson (Hg.), The Cambridge Social History of Britain 1750-1950, Bd. 3, Cambridge 1990, 171-242, 202.

12. Zur Erfahrung von Krankheit und Tod in der frühen Neuzeit vgl. R. Porter u. D. Porter, In Sickness and in Health. The British Experience, 1650-1850, New York 1989, 5-19.

Schranken."[13] Dazu kam, daß die rätselhafte Krankheit aus dem Osten wenig Unterschied zwischen Arm und Reich machte; in einer Gesellschaft, in der Disraelis "two nations" bereits Gestalt anzunehmen begannen, wirkte die "Cholera Morbus" als ein sozialer Gleichmacher.[14] Indem sie die Unfähigkeit staatlicher und lokaler Führungsschichten zum gesundheitspolitischen Krisenmanagement bloßlegte - paradigmatisch zu sehen in den Hafenstädten Sunderland und Newcastle, wo der Gemeinderat im Verein mit der örtlichen Ärzteschaft zunächst jegliche Gefahr leugnete, nur um nach dem verheerenden Ausbruch der Epidemie in die Bewältigungstrategien lange vergangener Pesttage zurückzufallen[15] -, unterstrich die Epidemie auf dramatische Weise die Notwendigkeit zum gesundheitspolitischen Handeln. Ihre über den Tag hinausreichende gesellschaftspolitische Brisanz bezog die Krankheit aber nicht allein aus dem kurzen Schrecken der Cholerajahre. Vielmehr muß die Genese des Diskurses über die gesundheitlichen Risiken des Lebens in der Stadt und die daraus resultierende Pflicht der Gemeinschaft zum Schutz all ihrer Mitglieder in den Kontext eines aus vielen Quellen gespeisten zeitgenössischen Unbehagens über die Fehlentwicklungen einer Gesellschaft gestellt werden, die sich in den ökonomisch und sozial aufgewühlten 1830er und 1840er Jahren von einer ungekannten Woge rapider Veränderungen in allen Lebensbereichen erfaßt sah.[16] Die Cholera bildet den Ausgangspunkt, nicht aber das zentrale Anliegen jener Bewegung, die in den knapp zwei Jahrzehnten bis 1848, dem Jahr des großen Public Health Act, die Grundlagen des britischen Gesundheitssystems legen sollte.

Fragt man nach den Triebkräften dieser Gesundheitsbewegung, die in den 1840er Jahren zu einer der vehementesten Kräfte der Gesellschaftsreform wurde, so sind eine Reihe von Faktoren zu nennen, die jeder für sich die spezifisch britische Antwort auf das städtische Gesundheitsproblem beeinflussten; keine Rolle spielte zunächst die Gesundheit der ländlichen Bevölkerung. Da war zunächst der Triumph des miasmatischen Erklärungsmodells, das die Ursprünge aller ansteckenden Krankheiten in

13. Evans, Tod in Hamburg, 298; zur Kultur des schönen Todes im 19. Jahrhundert allgemein Ph. Aries, Geschichte des Todes, München[4] 1989, 521ff.

14. Vgl. zu diesen gesellschaftlichen Konnotationen der Cholera S. Sontag, Krankheit als Metapher, München[2] 1980, 40.

15. Dieses und viele ähnliche Beispiele in M. Durey, The Return of the Plague, Dublin 1979.

16. Vgl. R.J. Morris, Cholera, 1832: The Social Response to an Epidemic, London 1976, 17; G. Kitson Clark, The Making of Victorian England, Oxford 1962, 28-32.

Schmutz- und Verwesungsgerüchen verortete.[17] Mit der Miasma-Theorie gerieten Gesundheit und Krankheit in den Bereich des Sicht- und Riechbaren, das abstrakte Gut "Gesundheit" wurde zu einer vorstellbaren Größe für jedermann. Völlig neu allerdings war die Verortung gesundheitsschädigender Einflüße in den äußeren Lebensumständen nicht - in Frankreich und den Staaten des Deutschen Bundes finden sich Vorläufer eines solchen Konzepts einer "Sozialmedizin", wie sie schließlich in den Anfangsjahren dieses Jahrhunderts in Alfred Grotjahns "sozialer Pathologie" systematische Darstellung fand.[18] Kennzeichnend für die britische Entwicklung aber wurde die Verengung dieses Ansatzes auf die Ausmerzung hygienischer Defekte, der Versuch, Gesundheitsvorsorge und Gesundheitspolitik auf eine Ingenieurwissenschaft zu reduzieren. Verantwortlich dafür zeichnete jener Mann, der über die Miasma-Theorie zum Apostel der britischen Gesundheitsbewegung werden sollte. Erst mit dem Aufgreifen der Gesundheitsfrage durch Edwin Chadwick, 1834 bereits Mitautor der Armenrechtsnovelle wurde die Theorie von den miasmatischen Ursachen endemischer und epidemischer Krankheiten zum politischen Programm.[19]

Nicht die geringste von Chadwicks Leistungen war es, für eine kurze Zeitspanne eine überaus heterogene Gruppe reformwilliger Kräfte hinter seinen Vorstellungen zu versammeln. Neben führenden Vertretern des progressiven Liberalismus - viele wie Chadwick selbst dem Umkreis des Utilitarismus entstammend, der allerdings auch hier nur bedingt als politische Handlungsanleitung gelesen werden kann[20] - sind hier vor allem die religiös inspirierten Philanthropen und Sozialreformer um den Earl of Shaftesbury zu nennen. In Verbindung mit dem neuen Konservatismus evangelikaler Prägung gewann Chadwicks Hygienepolitik eine moralische Legitimation, nämlich

17. Zusammenfassend dazu R. Cooter, Anticontagionism and History's Medical Record, in: A. Treacher u. P. Wright (Hg.), The Problem of Medical Knowledge, Edinburgh 1982, 87-108.

18. Vgl. G. Rosen, Was ist Sozialmedizin, in: E. Lesky (Hg.), Sozialmedizin, Darmstadt 1977, 283-354. Zum Konzept der "Konditionalhygiene" allgemein F. Hueppe, Zur Geschichte der Sozialhygiene, in: A. Gottstein u.a. (Hg.), Handbuch der Sozialhygiene und Gesundheitsfürsorge, Bd. 1, Berlin 1925, 1-70.

19. Zur Person Chadwicks vgl. A. Brundage, England's "Prussian Minister", London 1988; R.A. Lewis, Edwin Chadwick and the Public Health Movement, 1832-1854, London 1952. Zum Einfluß des Reformers auf das "Sanitary Movement" der Jahrhundertmitte siehe auch M. Pelling, Cholera, Fever, and English Medicine, London 1978, 1-80.

20. Vgl. aber A. Laberge, Edwin Chadwick and the French Connection, in: Bulletin of the Hist. of Medicine 62, 1988, 23-41.

göttlich gewollte Handlungsanleitung für das gesundheitsbewußte Leben zu sein.[21] Neben die institutionell geprägte Assanierungspolitik im Zeichen des "environmentalism" trat so das Prinzip individueller Verantwortung für die Volksgesundheit. Erst aus der Kombination dieser Elemente entstand die für das Inselreich so charakteristische Hygiene-Besessenheit.[22]

Der vor dem Hintergrund der Wiederkehr der Cholera im Sommer 1848 verabschiedete Public Health Act stand noch ganz eindeutig unter dem Vorzeichen einer umweltorientierten Krankheitsprävention.[23] Das Gesetz, ein "permissive act", dessen Annahme ins Belieben der einzelnen Gemeinden gestellt blieb, sah die Einrichtung kommunaler Gesundheitskommissionen vor - in der Regel identisch mit dem gewählten Gemeinderat -, die über zweckgebundene lokale Abgaben sanitäre Verbesserungen anstrengen sollten. Im Vordergrund standen dabei Großprojekte wie der Bau von Kanalisationen und Druckwasserversorgungssystemen. Ermöglicht wurde aber auch eine Vielzahl kleiner Eingriffe ins städtische Leben, beispielsweise durch die Festlegung von Baurichtlinien, die Kontrolle der Schlachthöfe, Verlegung von Friedhöfen und andere infrastrukturelle Verbesserungen. Ein General Board of Health (GBH) in London unter dem Vorsitz Chadwicks fungierte als Aufsichts- und Koordinationsorgan der Zentrale mit vorrangig beratender Funktion. Ein Druckmittel hatte der Gesetzgeber dem GBH allerdings in die Hand gegeben: Die langfristige Verpfändung lokaler Steuern bei der Staatskasse - für die finanzschwachen Kommunen die einzige Möglichkeit, sanitäre Maßnahmen größeren Ausmaßes zu finanzieren - war abhängig vom Plazet eines Regierungsinspektors. Mit dem Gesundheitsgesetz gab der Staat den Kommunen die Mittel zur Durchführung sanitärer Maßnahmen in die Hand, die eigentliche Initiative aber mußte aus den Städten selbst kommen. Es war deshalb wenig überraschend, wenn Beispiele für das Scheitern dieses Ansatzes bald vielerorts zu besichtigen waren. Nicht selten gesellten sich zu fehlender Kompetenz und Weitsicht der lokalen Behörden auch stille Obstruktion oder offener Widerstand gegen die als zentralistisch empfundenen legislativen Bestimmungen.[24]

---

21. Vgl. K.H. Metz, Industrialisierung und Sozialpolitik, Göttingen 1988, 145-48.

22. Vgl. B. Haley, The Healthy Body and Victorian Culture, Cambridge/Mass. 1978, 3.

23. Zum Public Health Act 1848 (11 & 12 Vict. cap. 63) vgl. W.M. Frazer, A History of English Public Health, London 1950, 46ff.

24. Lewis, Edwin Chadwick, 302-8; A.S. Wohl, Endangered Lives. Public Health in Victorian Britain, London 1983, 166ff.

Die etwas ausführlichere Darstellung dieser gesundheitspolitischen Maßnahme rechtfertigt sich aus der weiterwirkenden Bedeutung des 1848 eingeschlagenen Weges. Bis in den ersten Weltkrieg hinein blieb die lokale Selbstverwaltung im Gesundheitswesen die zentrale Institution für die gesundheitlichen Belange der Bevölkerung. Ein Umbau der grundlegenden Struktur - lokale Verantwortlichkeit auf der Grundlage nationaler Gesetzgebung - fand nicht statt. Über lange Jahre prägend blieb auch das miasmatische Paradigma. Erst im ausgehenden 19. Jahrhundert führten die - aus chauvinistischen Gründen allerdings nur zögerliche - Durchsetzung der modernen Bakteriologie, vor allem aber die in den Pockenepidemien der 1870er und 1880er Jahre offenbar gewordenen Schwächen einer sich rein präventiv definierenden Gesundheitspolitik, zu einer stärkeren Betonung medizinischer und kurativer Aspekte in der öffentlichen Gesundheitspflege. Die Einführung einer Meldepflicht für Infektionskrankheiten, der graduelle Ausbau der Lebensmittelkontrolle oder die Institutionalisierung der Mütter- und Säuglingsfürsorge waren Ausdruck dieser Neuorientierung der staatlichen und in ihrem Gefolge auch der kommunalen Gesundheitspolitik.

Drei Entwicklungslinien müssen noch in aller Kürze angedeutet werden. Zum einen ist dies das - ungeachtet der Betonung lokaler Verantwortlichkeit - offenbar unaufhaltsame Voranschreiten der "state medicine."[25] Weder das frühe Ausscheiden des allzu ambitionierten Chadwick noch die häufige Verlagerung der politischen Verantwortung innerhalb der nationalen Administration ändern etwas an der Einschätzung, daß bei der legislativen Fortschreibung des Gesetzes von 1848 die Einwirkungsmöglichkeiten der staatlichen Aufsichtsgremien sukzessive zunahmen. Dies konnte auf direktem Wege geschehen - beispielsweise schrieb der Public Health Act 1872 die Anstellung eines Gemeindearztes (Medical Officer of Health) verbindlich fest -, aber auch auf indirekte Weise, wenn - was seit den 1870er Jahren zur Regel wurde - unterschiedliche lokale Gremien in Konfliktfällen Parlament oder nationales Gesundheitsamt um Schlichtung angehen mußten. Paradigmatisch läßt sich dies an der stetig zunehmenden Einflußnahme der Londoner Beamten auf die sich häufenden Wasserstreitigkeiten beobachten. Man wird wohl die populäre zeitgenössische Kritik an der angeblichen Allmacht der Zentrale im wesentlichen dem Bereich der politischen Rhetorik zuordnen dürfen.[26] Aber es ist doch kein Zufall, daß britische Beobachter der Jahrhundertwende mit

25. Wohl, Endangered Lives, 159-65; Berridge, Health, 203.

26. P. Thane, The Working Class and State Welfare in Britain, 1880-1914, in: Hist. J. 27, 1984, 877-900.

unverhohlenem Neid auf die dank ihrer Staatsferne ungleich flexiblere und gestaltungsfreudigere deutsche kommunale Selbstverwaltung im Gesundheitswesen blickten.[27]

Kommunale Hygienepolitik zielte - das ist der zweite Punkt - über rein gesundheitliche Erwägungen hinaus. Die Assanierung der Städte, die Einführung von Baurichtlinien, schließlich - in den zahlreichen "Housing Acts" der 1870er und 1880er Jahre - die Ausweitung der Befugnisse der lokalen Gesundheitskommissionen auf die Wohnungsfrage im weitesten Sinne ließen die Gesundheitsverwaltung zur zentralen städteplanerischen Instanz werden. Aus dem Aufgreifen der Gesundheitsfrage resultierte so im weiteren Verlauf des Jahrhunderts die moderne Städteplanung.[28] Nicht nur im Hinblick auf Gesundheit und Krankheit leistete die von der Cholera-Epidemie der Jahre 1831/32 angestoßene Entwicklung so einen entscheidenden Beitrag zum Werden der modernen Stadt.

Welchen Einfluß hatte - das darf schließlich nicht vergessen werden - die öffentliche Gesundheitspflege auf die gesundheitliche Entwicklung im Lande? In den letzten Jahren hat eine Neubewertung dieser Frage eingesetzt, die sich in erster Linie von der lange dominierenden sogenannten McKeown-These abgrenzt, nach der primär verbesserte Ernährungschancen im 19. Jahrhundert zum Rückgang der Sterblichkeit beitrugen.[29] Damit rückt erneut der Beitrag des "sanitary engineering" des viktorianischen Zeitalters ins Zentrum.[30] Deutlich wird an dieser noch keineswegs als abgeschlossen zu betrachtenden Debatte aber auch, daß die von den Gesundheitsreformern der Jahrhundertmitte als Argumentationshilfe herangezogene neue Wissenschaft der Sozial- und Medizinalstatistik und deren zentraler Indikator, die Sterblichkeitsrate, zur

27. Vgl. B. Ladd, Urban Planning and Civic Order in Germany, 1860-1914, Cambridge/ Mass. 1990, 8.

28. Vgl. G.E. Cherry, Cities and Plans. The Shaping of Urban Britain in the Nineteenth and Twentieth Centuries, London 1988, 23-48; Ladd, Urban Planning, 36ff.

29. Die beste Zusammenfassung dieser These in T. Mc Keown, The Modern Rise of Population, London 1976.

30. Vgl. beispielsweise S. Szreter, The Importance of Social Intervention in Britain's Mortality Decline, c. 1850-1914: A Re-Interpretation of the Role of Public Health, in: Social Hist. of Medicine 1, 1988, 1-37; C. Hamlin, Muddling in Bumbledom: On the Enormity of Large Sanitary Improvements in Four British Towns, 1855-1885, in: Victorian Studies 32, 1988-9, 55-83; P.A. Watterson, Role of the Environment in the Decline of Infant Mortality: An Analysis of the 1911 Census of England and Wales, in: J. of Biosocial Sciences 18, 1986, 457-70.

Beschreibung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung nicht ausreichen.[31] Der Erfolg der Gesundheitsbewegung bemaß sich zuallererst in der Verbesserung der Über-Lebensbedingungen in den von vielfältigen Hygiene- und Umweltproblemen belasteten Ballungszentren des Landes. Daß den Zeitgenossen diese präventive Gesundheitspflege durchaus als Erfolgsgeschichte erschien, verdeutlicht nicht zuletzt die Ausweitung der im Kompromiß des Jahres 1848 noch auf die Städte beschränkten öffentlichen Gesundheitspflege. Der Public Health Act 1872 etablierte ein uniformes sanitäres System für das ganze Land nach den Richtlinien von 1848.[32] Nach der Einführung der Pflichtimpfung gegen Pocken im Jahre 1854 stellte dies den zweiten und entscheidenden Schritt hin zu einem landesweiten nationalen Gesundheitsdienst dar.

## II

Es ist an der Zeit, den Blick auf die deutschen Entwicklungen jener Jahre zu lenken. Den logischen Ausgangspunkt bildet auch hier die Epidemie von 1831/32, die Asa Briggs schon vor beinahe einem halben Jahrhundert als ein gesamteuropäisches Phänomen bezeichnet hat.[33] Dabei wird deutlich, daß die Schlüsse, die man aus dem Schrecken zog, von Land zu Land sehr unterschiedlich ausfallen konnten. Im Gegensatz zu Großbritannien blieb in Deutschland ein katalytischer Effekt aus. Die Gesundheit des Volkes gelangte nicht auf die politische Agenda. Die Cholera wurde - ohne großen Erfolg - im Kontext der Seuchenbekämpfung der Medizinalordnungen des 18. Jahrhunderts abgehandelt, sie blieb ein medizinisches, kein politisches Problem.[34] Erst die verheerenden Cholerawellen der Jahre 1854 und 1866 sollten unter allerdings entscheidend veränderten Rahmenbedingungen einer neuen Gesundheitspflege zum - Durchbruch verhelfen.

---

31. Vgl. J. Vögele, Die Entwicklung der (groß-)städtischen Gesundheitsverhältnisse in der Epoche des Demographischen und Epidemiologischen Übergangs, in: J. Reulecke u. A. Gräfin zu Castell Rüdenhausen (Hg.), Stadt und Gesundheit, Stuttgart 1991, 21-36; K.H. Metz, Social Thought and Social Statistics in the Early Nineteenth Century. The Case of Sanitary Statistics in England, in: International Rev. of Social Hist. 29, 1984, 254-73, 273.

32. Vgl. A. Briggs, Public Health: The "Sanitary Idea", in: New Society vom 15. Febr. 1968, 229-31 und Ders., Public Health: The Health of the Nation, in: New Society vom 22. Febr. 1968, 267-70; S.E. Finer, The Life and Times of Sir Edwin Chadwick, London 1952, 319-31.

33. A. Briggs, Cholera and Society in the Nineteenth Century, in: P&P 19, 1961, 76-96, 92.

34. Vgl. Evans, Tod in Hamburg, 315-7.

Als man sich also in Großbritannien daran machte, die gesellschaftliche Sprengkraft der "asiatischen Geißel" in aktiv gestaltete Hygienepolitik umzusetzen, versuchten die politisch Verantwortlichen in Deutschland, die sozialen Herausforderungen der Epidemie zu ignorieren. Dabei mag eine Rolle gespielt haben, daß die aus dem 18. Jahrhundert stammende Rahmenkompetenz des Staates in gesundheitlichen Dingen längst nicht mehr den vorherrschenden liberalen Gesellschaftsvorstellungen entsprach. Was auf den britischen Inseln in der Ausnahmesituation der 1840er Jahre denk- und umsetzbar geworden war, nämlich das Eindringen öffentlicher Gremien in die Privatsphäre der Bürger, war in den Staaten des Deutschen Bundes noch nicht konsensfähig, wie die folgenlos gebliebene "Medizinalreformbewegung" Rudolf von Virchows aus dem erneut choleragesschwängerten Revolutionsjahr 1848 zeigt.[35]

Dies änderte sich seit den 1860er Jahren. Die rapide Verstädterung des letzten Jahrhundertdrittels, begleitet einmal mehr von der Cholera, deren Wiederkehr im Jahre 1866 der Stadtgesundheitsfrage zusätzliche Dringlichkeit verlieh, machte öffentliche Gesundheitspflege zum Thema. Einen gewichtigen Beitrag leistete dabei die wissenschaftliche Medizin in Gestalt des führenden deutschen Hygienikers Max von Pettenkofer. Auf seiner, in Fortschreibung der Erkenntnisse Justus von Liebigs konzipierten Boden- und Grundwassertheorie gründete die "experimentelle Hygiene", die die öffentliche Gesundheitspolitik in den 1870er und 1880er Jahren bestimmen sollte.[36] Was Pettenkofer mit den Miasma-Advokaten jenseits des Ärmelkanals verband, war die Geringschätzung der kurativen Möglichkeiten der Medizin; wie Chadwick und dessen Anhänger plädierte er folglich für eine Form der öffentlichen Gesundheitspflege, in der die Krankheitsprävention an erster Stelle zu stehen hatte. Gesundheitspolitisches Handeln deckte sich in dieser Sichtweise mit der Hygienisierung der städtischen Umwelt, einer Aufgabe, für deren Ausführung sich die anscheinend keine Grenzen kennenden Ingenieurwissenschaften geradezu anboten. Anders als auf den britischen Inseln aber, wo sich die öffentliche Gesundheitspflege in den 1840er Jahren in deutlicher Abgrenzung zur zeitgenössischen Medizin durchgesetzt hatte, blieb in Deutschland der Primat der Medizin in Gesundheitsfragen unangetastet.

---

35. Vgl. T. Nipperdey, Deutsche Geschichte 1800-1866. Bürgerwelt und starker Staat, München 1984, 144f.

36. Vgl. A. Labisch, Experimentelle Hygiene, Bakteriologie, soziale Hygiene: Konzeptionen, Interventionen, soziale Träger - eine idealtypische Übersicht, in: J. Reulecke u. A. Gräfin zu Castell-Rüdenhausen (Hg.), Stadt und Gesundheit, Stuttgart 1991, 37-47; ders., Homo Hygienicus, 116-23, mit weiteren Literaturhinweisen.

Mit rund zwei Jahrzehnten Verspätung gegenüber dem Pionier Großbritannien wurden seit der Mitte der 1860er Jahre in den Städten des Kaiserreiches umfassende hygienische Verbesserungen in Gang gebracht, wobei die Assanierungsleistungen der Städtetechnik eindeutig im Vordergrund standen.[37] Die 1880er und 1890er Jahre bilden gerade auch in dieser Hinsicht die Blütezeit deutscher Stadtentwicklung im 19. Jahrhundert, wenn auch nicht übersehen werden darf, daß noch zur Jahrhundertwende zahlreiche Mittel- und Kleinstädte über keine Kanalisation verfügten und die Müllbeseitigung weithin im argen lag.

Wie im deutsch-britischen Vergleich häufig zu beobachten, führte die Ungleichzeitigkeit der Entwicklung noch im späten 19. Jahrhundert zu einer Verkehrung des Verhältnisses von Pionier und Nachzügler. Während sich englische Stadtväter unter erheblichem legislativen und administrativen Druck seitens der übergeordneten Verwaltungsebene seit den 1880er Jahren zu kostspieligen Umbauten der Errungenschaften der Jahrhundertmitte bequemten, wurde die deutsche Ausprägung der kommunalen Daseinsvorsorge zum vielbewunderten nachgeahmten Vorbild.[38] Einzig in Hamburg hatte man bereits in den 1840er Jahren die 'Chance' des großen Brandes von 1842 zur Einführung von Kanalisation und zentraler Wasserversorgung genutzt, bezeichnenderweise unter Zuhilfenahme eines englischen Ingenieurs. Und nur in Hamburg, wo man versäumt hatte, die schnell veraltete Wasserversorgung den neuen Erkenntnissen anzupassen, konnte die Cholera 1894 Fuß fassen. Im Nachhinein erwies sich so das Ausbleiben einer aktiven Rezeption in der Frühphase der britischen Gesundheitsbewegung als Startvorteil für den Nachzügler.

Einige abschließende Bemerkungen sind hier angebracht zu Rahmenbedingungen und Trägerschichten der jeweiligen nationalen Entwicklung. In Deutschland waren es landesweit agierende Reformvereinigungen wie der "Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege", die der Gesundheitsfrage in den 1870er Jahren entscheidend zum Durchbruch verhalfen - zu einem Zeitpunkt, als bereits staatliche Gremien der Gesundheitspolitik existierten. Gesundheit entwickelte sich in diesen bildungsbürgerlich dominierten Zirkeln zum akademischen Thema, das in Fachzeitschriften und auf den

37. Vgl. W.R. Krabbe, Kommunalpolitik und Industrialisierung. Die Entfaltung der städtischen Leistungsverwaltung im 19. und frühen 20. Jahrhundert, Stuttgart 1985; J.v. Simson, Kanalisation und Städtehygiene im 19. Jahrhundert, Düsseldorf 1983.

38. Ladd, Urban Planning, 7-10; M. Hietala, Services and Urbanisation at the Turn of the Century. The Diffusion of Innovations, Helsinki 1987.

Jahresversammlungen der einschlägigen Vereine im kleinen, aber hochqualifizierten Kreis diskutiert wurde. Beispielhaft ist dies an der Müll-Debatte der Jahrhundertwende zu sehen. Die öffentliche Gesundheitspflege war somit ein Produkt des "politischen Massenmarkts" (Hans Rosenberg), sie wurde allerdings in ihrer seit der Reichsgründungszeit unumstrittenen kommunalen Ausprägung nie wirklich zum Thema der Massen, was durch die - dank des plutokratischen Wahlrechts unangefochtene - Herrschaft des Bürgertums in den Städten zusätzlich akzentuiert wurde. Bürgerliche Dominanz und patriarchalisch-administrative Lösungsversuche blieben Charakteristika dieser Form der Sozialpolitik von oben. Das war vielleicht auch ein Grund dafür, daß die deutsche Ausprägung der kommunalen Gesundheitspflege staatlicherseits kaum Anlaß zum Eingreifen bot.

Anders verlief die Entwicklung in Großbritannien, wo in den 1840er Jahren eine kleine Gruppe reformgeneigter Persönlichkeiten aus Bürokratie und Wissenschaft den Ereignissen ihren Stempel aufzudrücken vermochte. Eine organisierte bürgerliche Sozialreform wie im Deutschland der 1870er Jahre spielte hier noch keine Rolle.[39] Dies geschah vor dem Hintergrund traditioneller Machtstrukturen, allerdings mit Hilfe modernster parlamentarischer und gesellschaftlicher Durchsetzungsmechanismen.[40] Gesundheit, bis dahin nur im Moment ihrer akuten Gefährdung schlagzeilenträchtig, wurde in dieser Reformkampagne gesellschafts- und politikfähig. Deutlich wird dies in der phänomenalen Verbreitung des Chadwickschen "Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Gt. Britain" oder in der gerade durch ihre öffentlichkeitswirksame Arbeit vor Ort zukunftsweisenden "Health of Towns' Commission."[41] Auch die vielgescholtene Permissivität der britischen Gesundheitsgesetzgebung wirkte in diese Richtung, indem sie die Gesundheitsfrage ins Zentrum der lokalen politischen Auseinandersetzung stellte. Die damit in Kauf genommene stadtbürgerliche Dominanz der Gesundheitsfrage bedeutete allerdings einen von den

39. Vgl. zu den möglichen Ursachen dieses Fehlens J. Reulecke, Formen bürgerlich-sozialen Engagements in Deutschland und England im 19. Jahrhundert, in: J. Kocka (Hg.), Arbeiter und Bürger im 19. Jahrhundert, München 1986, 261-85, 281.

40. Vgl. J.M. Eyler, Victorian Social Medicine. The Ideas and Methods of William Farr, Baltimore 1979, Kap. 3; S.E. Finer, The Transmission of Benthamite Ideas 1820-1850, in: G. Sutherland (Hg.), Studies in the Growth of Nineteenth-Century Government, London 1972, 11-32; O. MacDonagh, The Nineteenth-Century Revolution in Government: A Reappraisal, in: Hist. J. 1, 1958, 52-67.

41. Vgl. R.G. Paterson, The Health of Towns Association in Great Britain 1844-1849. An Exposition of the Primary Voluntary Health Society in the Anglo-Saxon Public Health Movement, in: Bulletin of the Hist. of Medicine 22, 1948, 373-402.

Reformern nicht gewünschten Kompromiß. In Verbindung mit der weiterwirkenden Öffentlichkeit der lokalen Gesundheitsdebatte erzeugte die im Gesundheitsgesetz von 1848 festgeschriebene Autonomie der lokalen Politik gegenüber zentralen Regelungsversuchen denn auch jene der Gesundheitspflege im viktorianischen Zeitalter eigene Unbeständigkeit, welche Gesundheitsreformer und staatliche Bürokratie zunehmend irritierte. Man wird allerdings gut daran tun, die in Steuerzahlerrevolten und häufigen gesundheitspolitischen Richtungsänderungen auf lokaler Ebene zum Ausdruck kommenden Besorgnisse nicht nur einem überzogenen zeittypischen Wirtschaftlichkeitsdenken anzulasten.[42] Mit der 1848 einsetzenden staatlichen Gesetzgebung auf diesem Gebiet war Gesundheitspflege zum mit Abstand größten Einzelposten des kommunalen Etats und damit unvermeidlich auch zum Thema der städtischen politischen Auseinandersetzung geworden.[43] Stringenz in ihr gesundheitspolitisches Handeln zu bekommen fiel der partizipatorischen Gemeindedemokratie britischen Stils jedenfalls deutlich schwerer als ihrem auf administrative Dauerhaftigkeit beruhenden deutschen Widerpart.[44] Die im Verlauf des Jahrhunderts zunehmenden staatlichen Einwirkungsversuche sind auch als Folge dieser in den 1840er Jahren angelegten demokratischen Öffentlichkeit der Gesundheitsdebatte zu verstehen.

## III

Die Hygienisierung der öffentlichen Sphäre - das war, ungeachtet der genannten Rückschläge, die große Errungenschaft der von Großbritannien ausgehenden staatlichen und kommunalen Gesundheitspolitik. Daneben gab es aber von Anfang an eine zweite Komponente des öffentlichen Gesundheitshandelns, die schrittweise Durchsetzung einer privaten Hygiene im Sinne eines bürgerlich geprägten Gesundheitsideals. Im folgenden wird diese Entwicklung am britischen Beispiel verdeutlicht, wobei betont werden muß,

42. Vgl. F.M.L. Thompson, Town and City, in: Ders., The Cambridge Social History of Britain 1750-1950, Bd. 1, Cambridge 1990, 1-86, 66; A. Offer, Property and Politics 1870-1914: Landownership, Law, Ideology and Urban Development in England, Cambridge 1981, 279ff.; N. McCord, Ratepayers and Social Policy, in: P. Thane (Hg.), The Origins of British Social Policy, London 1978, 23-35, 29f.

43. Vgl. P.J. Waller, Town, City, and Nation. England 1850-1914, Oxford 1983, 251-55.

44. Zur gerade im deutsch-englischen Vergleich häufig zu konstatierenden Überschätzung des bürokratischen Charakters deutscher Sozialpolitik vgl. allerdings G.A. Ritter, Probleme des deutsch-englischen Vergleichs, in: J. Kocka (Hg.), Arbeiter und Bürger im 19. Jahrhundert, Oldenbourg 1986, 319-24, 320.

daß es sich auch hier keineswegs um eine 'angelsächsische' Besonderheit handelte. Die Bewegung zum Bau städtischer Badeanstalten rief beispielsweise bereits in den 1850er Jahren ein lebhaftes Echo in Deutschland hervor, wenn auch die Umsetzung dieser Ideen dann erst im letzten Jahrhundertviertel erfolgte.[45]

Die Erziehung des Individuums zu einer gesundheitsbewußten Lebensführung hatte schon in der Traktatliteratur des 18. Jahrhunderts eine große Rolle gespielt.[46] Kennzeichnend für die viktorianische Deutung dieses Ideals aber wurde der enge Konnex von körperlicher und moralischer Sauberkeit, wie er in der berühmten evangelikalen Wendung "Cleanliness is next to Godliness" sinnfällig zum Ausdruck kam.[47] Mit der Integration dieser Vorstellungen in die entstehende öffentliche Gesundheitspflege wurde die 'Verbesserung' des Individuums jetzt auch zum gesundheitspolitischen Programm. Zwei Beispiele aus den frühen 1850er Jahren sollen dies illustrieren.

Zu den frühesten Maßnahmen im Rahmen der jungen öffentlichen Gesundheitspflege zählte vielerorts die Säuberung der Arbeitermietsquartiere der Tagelöhner, Wanderarbeiter und Schlafgänger, die sich weder eine Wohnung noch ein eigenes Zimmer zur Untermiete leisten konnten. Im Zeitalter von staatlicher Gesundheitsgesetzgebung und öffentlicher Hygiene stellten diese Behausungen ohne Zweifel ein gesundheitspolitisches Ärgernis dar. Allein mit gesundheitsspezifischen Erwägungen läßt sich das Interesse von Öffentlichkeit und kommunalen Gremien an dieser Frage jedoch nicht erklären. Vielmehr war es die sittliche Empörung über die in diesen "Lodging-houses" angeblich herrschende Unmoral, die den sanitären Mißständen eine höhere Bedeutung verlieh und eine schnelle Lösung des Problems erst möglich machte.[48] Diese Moralisierung der Gesundheitspolitik sollte sich in den Folgejahren immer wieder als wichtige Triebfeder der Reform erweisen.

---

45. Vgl. Ladd, Urban Planning, 61-7; J. Reulecke, Englische Sozialpolitik um die Mitte des 19. Jahrhunderts im Urteil deutscher Sozialreformer, in: W.J. Mommsen u. W. Mock (Hg.), Die Entstehung des Wohlfahrtsstaates in Großbritannien und Deutschland 1850-1950, Stuttgart 1982, 40-56, 54f.

46. Zur Einbettung dieser gesundheitspolitischen Vorstellungen in die vor allem von Norbert Elias vertretene Theorie des Zivilisationsprozesses vgl. G. Vigarello, Wasser und Seife, Puder und Parfüm, Hamburg 1988; A. Corbin, Pesthauch und Blütenduft, Berlin 1984.

47. Vgl. V. Smith, Cleanliness: The Development of an Idea and Practice in Britain 1770-1850, unveröfftl. PhD. Univ. of London 1985.

48. Wohl, Endangered Lives, 286-90.

Zunehmend und in weit stärkerem Maße, als dies bei der Hygienisierung des öffentlichen Raumes der Fall war, machten sich auch private Organisationen die Erziehung der "Great Unwashed" zur Reinlichkeit zum Anliegen. Die in den 1850er Jahren vielerorts entstandenen kommunalen Badeanstalten sind der sichtbarste bauliche Niederschlag dieser privaten Aneignung der Gesundheitsfrage. Hier liegen die Anfänge einer Gesundheitspolitik, bei der lokale oder überregionale gesundheitspolitische Vereinigungen - im genannten Beispiel die landesweit operierende "Association for the Establishment of Baths and Washhouses for the Labouring Poor" - den Wirkungsraum der öffentlichen Gesundheitspflege von außerhalb auszuweiten versuchten.[49] Gerade die ausgesprochen öffentlichkeitswirksam agierende Bäderbewegung illustriert aber auch die Schwierigkeiten dieses Hygienisierungsprogrammes. In einer Gesellschaft, die Freiheit und Selbstbestimmung als konstitutive Elemente des Zusammenlebens postulierte, blieben die Möglichkeiten des Staates im heiklen Bereich der individuellen Gesundheitspflege beschränkt. Zum Gehorsam gegenüber den neu formulierten "laws of health" konnten nur die Ärmsten der Armen, die unter die Obhut der Poor-Law-Verwaltung gerieten, gezwungen werden.

Die Unverletzlichkeit der Privatsphäre erwies sich daher für die Gesundheitsreformer als ein schwer zu überwindendes Bollwerk. Noch zur Jahrhundertwende wurde die Einführung der schulärztlichen Untersuchung oder der Beratung für werdende Mütter vielerorts mit Hinweis auf die Freiheit des Individuums abgelehnt. Dennoch nahm mit dem Sanitation Act des Jahres 1866, der erstmals die private Wohnung als Handlungsfeld öffentlicher Gesundheitspflege erschloß, eine Entwicklung ihren Lauf, welche die für die britische Eigendefinition essentielle "My home is my castle"-Ideologie im Namen der Volksgesundheit mehr und mehr auszuhöhlen begann. Die "new sanitary era", die die "Times" 1866 heraufdämmern sah,[50] sollte in letzter Konsequenz die Eroberung des privaten Raums durch die Gesundheitspolitik bringen. Das Werden des modernen Interventionsstaates (auf dem Umweg über die kommunale Sozialpolitik) bietet also nur eine Zielperspektive einer Geschichte der Gesundheitspolitik, nicht minder wichtig war die diesen Prozeß begleitende Durchsetzung bürgerlicher Hygienevorstellungen.

---

49. Ebd., 72-9.

50. Zitiert nach Fraser, Welfare State, 69.

## IV

"Public Health" und kommunale Daseinsvorsorge - das sind die zentralen Begrifflichkeiten bei der Beschreibung der Anfänge öffentlicher Gesundheitspflege in Großbritannien und Deutschland, und bereits die Terminologie läßt erkennen, daß es ungeachtet unterschiedlicher Ausgangslagen und eines urbanisierungsspezifischen 'Time-lag' die Gemeinsamkeiten der Entwicklung sind, die hier betont werden müssen: Die Hygienisierung der städtischen Lebensbedingungen auf der Grundlage einer großtechnisch ausgerichteten Assanierungspolitik, die Bedeutung der kommunalen Ebene in diesem Prozeß - wobei es nicht ohne Interesse ist, daß sich das Prinzip lokaler Verantwortlichkeit im zentralistisch geprägten Kaiserreich eher zu behaupten vermochte als im hier gar nicht so zurückhaltenden "minimal state" des viktorianischen Zeitalters -, nicht zuletzt die Begründung von Tiefbauwesen und Städteplanung aus diesen gesundheitspolitischen Maßnahmen.

Neben der staatlicherseits induzierten oder auch nur hingenommenen kommunalen Gesundheitspflege gab es aber auch unmittelbare Einwirkungen des Staates in die Gesundheitspflege. Im Zentrum des Interesses stand dabei unverändert der Kampf gegen die großen Infektionskrankheiten, etwa die im letzten Jahrhundertviertel erneut epidemisch werdenden Pocken, Dauerplagen wie Tuberkulose und Masern, nicht zuletzt die neuen Volksseuchen Diphtherie und Influenza. Institutionelle Ausformung fand das im Kaiserreich mit der Einsetzung von Cholerakommission und Reichsgesundheitsamt in den 70er Jahren des 19. Jahrhunderts.[51] Vergleichbares gab es in Großbritannien erst nach dem Ersten Weltkrieg. Unabhängig von solcher institutioneller Verankerung staatlicher Gesundheitspolitik war jedoch in der zweiten Jahrhunderthälfte ein schleichender Ausgriff staatlicher Gremien in die Gesundheitspolitik nicht zu übersehen.[52] Über die Krankenversorgung des Poor Law wurden Krankenhäuser und Seuchenstationen Allgemeingut nicht mehr nur der untersten Bevölkerungsschichten[53]

---

51. G. Göckenjan, Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt, Frankfurt/ M. 1985, 327ff.

52. R. Davidson u. R. MacLeod, Treasury Control and Social Administration. A Study of Establishment Growth at the LGB, 1871-1905, London 1968; C. Bellamy, Administering Central-Local Relations 1871-1919: The Local Government Board in its Fiscal and Cultural Context, Manchester 1988.

53. Vgl. R. Hodgkinson, The Origins of the National Health Service: The Medical Services of the New Poor Law, 1834-1871, London 1967; D. Fraser, Das Armengesetz und die Ursprünge des britischen Wohlfahrtsstaates, in: W.J. Mommsen u. W. Mock (Hg.), Die Entstehung des

- was in Deutschland im letzten Jahrhundertviertel im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge als "Kommunales Krankenhaus" entstand,[54] hielt so auch in Großbritannien über den gesundheitspolitischen Hintereingang Einzug in die städtische Krankenfürsorge. Ebenfalls über das einzig landesweit operierende Verwaltungssystem der Armenpflege wurde seit 1854 die Pockenschutzimpfung durchgesetzt;[55] im Deutschen Reich geschah dies wenig später im Gefolge des deutsch-französischen Krieges.[56] Direkte Eingriffe des Staates in die private Gesundheitsvorsorge blieben allerdings eine heikle Angelegenheit. In Großbritannien ereilte die Pockenimpfung zu Beginn des neuen Jahrhunderts das gleiche Schicksal wie wenige Jahre zuvor die Gesetze zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten aus den 1860er Jahren, die berühmt-berüchtigten "Contagious Disease Acts", die angesichts landesweiter erbitterter Agitation hatten 1886 zurückgezogen werden müssen.[57]

## V

Bislang war viel von den gesundheitspolitischen Gemeinsamkeiten der britischen und deutschen Entwicklung im 19. Jahrhundert die Rede. Es gab aber auch Abweichungen, insbesondere im Hinblick auf den nicht-öffentlichen Sektor des Gesundheitswesens, den privaten medizinischen Markt der Anbieter und Inanspruchnehmer gesundheitsfürsorglicher Leistungen.[58] Da dieser 'freie' medizinische Markt in der Regel nur indirekten Regelungsversuchen öffentlicher Gremien unterlag, werden diese Entwicklungen - unachtet ihrer Bedeutung für die Medikalisierung der Gesellschaft im 19. Jahrhundert - hier abschließend nur kurz angedeutet.

---

Wohlfahrtsstaates in Großbritannien und Deutschland 1850-1950, Stuttgart 1982, 17-39, 22-6.

54. Vgl. H. Schadewaldt, Studien zur Krankenhausgeschichte im 19. Jahrhundert, München 1976.

55. Vgl. R.J. Lambert, A Victorian National Health Service: State Vaccination 1855-71, in: Hist. J. 5, 1962, 1-18.

56. Vgl. C. Huerkamp, The History of Smallpox Vaccination in Germany: A First Step in the Medicalization of the General Public, in: J. of Contemporary Hist. 20, 1985, 617-35.

57. P. McHugh, Prostitution and Victorian Social Reform, London 1982; R.M. MacLeod, Law, Medicine and Public Opinion: The Resistance to Compulsory Health Legislation, 1870-1907, in: Public Law 107, 1967, 189-211.

58. Die umfassendste Darstellung der vielfältigen Aktivitäten in diesem Sektor des Gesundheitswesens bietet ausgehend von der lokalen Ebene H. Marland, Medicine and Society in Wakefield and Huddersfield 1780-1870, Cambridge 1987.

Da ist zum einen die Bedeutung voluntaristischer Traditionen für die Gewährleistung individueller Krankheitsvorsorge. Es war dieser Bereich der Gesundheitspflege, in dem die erste Industrienation der Welt im 19. Jahrhundert Maßstäbe setzte, gerade auch in Reaktion auf die im System Chadwicks angelegte Trennung von präventiver und kurativer Medizin und das daraus resultierende Fehlen öffentlicher Einrichtungen der Krankenfürsorge.

Freie Wohlfahrtspflege - "charity"[59] - und die freiwilligen Zusammenschlüsse der "Friendly Societies" zur gegenseitigen Absicherung in Krankheit und Not[60] stießen nicht nur auf dem Kontinent auf ein beträchtliches Echo.[61] Sie riefen in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts auch zunehmend die eigene Regierung auf den Plan. Die Motive des staatlichen Eingreifens waren dabei durchaus unterschiedlich: der Wunsch nach effizienterer Verteilung der Stiftungsgelder einerseits[62], die Konsolidierung der Arbeit der paradoxerweise gerade aufgrund ihrer Erfolge wirtschaftlich ins Trudeln gekommenen Hilfskassen andererseits.[63] Deutlich wurde aber in beiden Fällen, daß der Staat im hoch politisierten späten 19. Jahrhundert einen derart wichtigen Bereich gesellschaftlicher Aktivität nicht mehr sich selbst überlassen konnte und wollte.

Komplizierter lag der Fall bei den privaten Anbietern medizinischer Dienste, der Ärzteschaft und ihrer mannigfaltigen 'Konkurrenz'.[64] Idealiter gab es hier ein

---

59. Vgl. F.K. Prochaska, Philanthropy, in: F.M.L. Thompson (Hg.), The Cambridge Social History of Britain 1750-1950, Bd. 3, Cambridge 1990, 357-93; D. Owen, English Philanthropy 1660-1960, Cambridge/ Mass. 1964, 97ff.

60. Nach wie vor grundlegend dazu P.H.J.H. Gosden, The Friendly Societies in England 1815-1875, Manchester 1961, und ders., Self-Help. Voluntary Associations in 19th Century England, New York 1974, 1-114.

61. Vgl. Reulecke, Englische Sozialpolitik, 48-52; zum Hilfskassenwesen in den deutschen Staaten allgemein U. Frevert, Arbeiterkrankheit und Arbeiterkrankenkassen im Industrialisierungsprozeß Preußens (1840-1870), in: W. Conze u. U. Engelhardt (Hg.), Arbeiterexistenzen im 19. Jahrhundert, Stuttgart 1981, 293-319.

62. Vgl. Prochaska, Philanthropy, 386-8; Metz, Industrialisierung und Sozialpolitik, 176-86.

63. Vgl. B. Supple, Legislation and Virtue: An Essay on Working Class Self-Help and the State in the Early Nineteenth Century, in: N. McKendrick (Hg.), Historical Perspectives, London 1974, 211-54, 221-5. Zum Friendly Societies' Act 1855 sowie zur legislativen Entwicklung der Jahre 1830-55 allgemein Gosden, Self-Help, 63-9.

64. Vgl. zur Professionalisierung der Medizin und der staatlichen Einflußnahme auf diesen Prozeß C. Huerkamp, Ärzte und Professionalisierung in Deutschland. Überlegungen zum Wandel des Arztberufs im 19. Jahrhundert, in: GG 6, 1980, 349-82; I. Waddington, The Medical Profession in the Industrial Revolution, Dublin 1984; J.L. Brand, Doctors and the State: The

staatliches Regelungsinteresse zunächst nur dort, wo pseudo-medizinische Praktiken der Krankenbetreuung und Krankheitsbekämpfung als Gefährdung der Gesundheit erschienen. Eine auch ideologisch vertretbare Ausnahme von dieser Regel stellte allerdings die öffentliche Gesundheitspflege dar, wo sich - in den deutschen Staaten schon im späten 18. Jahrhundert, in Großbritannien seit den 1850er Jahren - ein Monopol der akademisch geschulten Ärzte herausgebildet hatte (was lokale Aufmüpfigkeit gegen die staatlicherseits erzwungene Anstellung der 'teuren' Doktoren keineswegs ausschloß). Es wäre jedoch blauäugig, die Professionalisierung der Medizin und die sukzessive Durchsetzung des ärztlichen Behandlungsmonopols, wie sie im 19. Jahrhundert in allen entwickelten Gesellschaften der westlichen Hemisphäre zu beobachten waren, als staatsferne Entwicklungen sehen zu wollen.[65] Vielmehr muß hier von einer Gemengelage aus ärztlichem Standesinteresse und dem wachsenden öffentlichen Interesse am Vorhandensein einer qualifizierten medizinischen Elite ausgegangen werden. Deckungsgleich wurden diese beiden Stränge jedoch zu keinem Zeitpunkt. Der fortbestehenden Nachfrage weiter Teile der Bevölkerung nach alternativen Formen der privaten Fürsorge im Krankheitsfall wäre eine legislative Ausgrenzung der nicht-akademischen Heilfürsorge nicht gerecht geworden, zumal hier insbesondere auch finanzielle Alternativen nachgefragt wurden.

Letzteres konnte das staatliche Handeln nicht unbeeinflusst lassen, hatte doch die Medikalisierung der Gesellschaft im 18. und 19. Jahrhundert die Schere zwischen jenen vergrößert, die an dieser Entwicklung zu partizipieren vermochten, und der großen Masse derer, die des medizinischen Fortschritts nur indirekt über Leistungen der Armenpflege, Mitgliedschaft in einer Hilfskasse oder karitative Leistungen teilhaftig werden konnten.[66] Staatliche Gesundheitspolitik war und blieb ein integraler Bestandteil jeder sozialen Politik, was eine einseitige Parteinahme zugunsten einzelner Akteure in diesem Sektor problematisch erscheinen lassen mußte. Daraus erklärt sich die relative Zurückhaltung der britischen Gesundheitsreformer gegenüber dem "fringe" der Heiler, Pharmazeuten und Medizinverkäufer, eine Rücksichtnahme, die auch dem

---

British Medical Profession and Government Action in Public Health, 1870-1912, Baltimore 1965.

65. Vgl. dazu auch C.E. Rosenberg, The Medical Profession, Medical Practice and the History of Medicine, in: E. Clarke (Hg.), Modern Methods in the History of Medicine, London 1971, 22-35.

66. H. Kaelble, Industrialisierung und soziale Ungleichheit. Europa im 19. Jahrhundert. Eine Bilanz, Göttingen 1983, Kap. 6; R. Spree, Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod. Zur Sozialgeschichte des Gesundheitsbereichs im Deutschen Kaiserreich, Göttingen 1981.

traditionell stärker auf staatliche Intervention ausgerichteten deutschen Gemeinwesen nicht fremd war. Der sich herausbildenden Profession der Mediziner diesseits wie jenseits des Ärmelkanals war dies verständlicherweise ein Dorn im Auge. Eine staatlicherseits gewährleistete Monopolstellung im Gesundheitswesen aber war für sie unter den sozialen und ökonomischen Bedingungen des 19. Jahrhunderts trotz mancher legislativer Fortschritte nicht zu erreichen.[67] Das Hauptanliegen der Befürworter einer medizinischen Polizei seit dem späten 19. Jahrhundert, das Verlangen nach einer vollständigen Kontrolle des Gesundheitswesens durch die akademische Medizin, blieb staatlicherseits unerhört. Andererseits dürfen aber die zeitgenössische Kritik an Unfähigkeit und Eigensucht der Ärzte und ihre bis zur Jahrhundertwende durchaus unsichere Position im Gesundheitsbereich nicht über das tatsächliche Gewicht der Mediziner bei der Formulierung und Durchsetzung gesundheitspolitischer Maßnahmen im 19. Jahrhundert hinwegtäuschen.[68]

## VI

Als zentraler Wendepunkt der staatlichen Sozialpolitik gilt in Großbritannien und Deutschland gleichermaßen die Einführung der Sozialversicherung: zuerst in den 1880er Jahren in Deutschland, vom deutschen Beispiel ausgehend rund drei Jahrzehnte später auch in Großbritannien.[69] Die Parallelen dieser Vorgänge sind oft beschrieben worden, zu wenig ist dabei allerdings auf die Unterschiede hingewiesen worden, die sich nicht zuletzt aus der vorstehend beschriebenen unterschiedlichen Struktur des Gesundheitswesens ergaben.[70] Tatsächlich war der National Insurance Act der liberalen Regierung Asquith ungleich stärker in den gesundheitspolitischen Entwicklungen des 19. Jahrhunderts verankert als dies bei der im Stile eines Dekrets von oben initiierten Maßnahme Bismarcks der Fall war. Ungeachtet solcher Einschränkungen und

67. Vgl. M. Seid, Außenseiter im Gesundheitswesen. Zur Entwicklung einer "medical profession" in der englischen Provinz. Durham 1840-1914, in: J. Reulecke u. A. Gräfin zu Castell-Rüdenhausen (Hg.), Stadt und Gesundheit, Stuttgart 1991, 225-45.

68. Vgl. R. Lambert, Sir John Simon, 1816-1904, and English Social Administration, London 1963; als Beispiele ärztlicher Einflußnahme auf der lokalen Ebene Marland, Medicine and Society; J. Parfit, The Health of a City: Oxford 1770-1974, Oxford 1987.

69. Vgl. E.P. Hennock, British Social Reform and German Precedence, Oxford 1987; Metz, Industrialisierung und Sozialpolitik, 374-80.

70. Vgl. aber G.A. Ritter, Soziale Sicherheit in Deutschland und Großbritannien von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis zum Ersten Weltkrieg. Ein Vergleich, in: GG 13, 1987, 137-56, 151-5.

Unterschiede erlaubt es aber das fundamental Neue dieser Maßnahmen, die Übernahme gesundheitsfürsorglicher Dienste durch den Staat, vom Beginn einer neuen Epoche der öffentlichen Gesundheitspflege zu sprechen.

Die Entstehung dieser Gesundheitspflege war allerdings - in Großbritannien mehr noch als in Deutschland - geprägt gewesen von der eingeschränkten Bereitschaft staatlicher Organe, in diesem sehr privaten Feld der Lebensgestaltung unmittelbar Einfluß zu nehmen. Die Vergesellschaftung der Gesundheit vollzog sich im 19. Jahrhundert so über die Hygienisierung der menschlichen Umwelt,[71] als deren quasi natürliche Träger kommunale Instanzen erschienen. Dabei fand die staatliche Tendenz zur Delegation der Verantwortung im Feld der öffentlichen Gesundheitspflege ihren Bezugspunkt in der bürgerlichen Dominanz der städtischen Gremien. Die moderne Gesundheitspflege war seit ihren Anfängen im späten 18. Jahrhundert ein bürgerliches Anliegen gewesen. Im 'natürlichen' Habitat des Bürgertums, den Städten des 19. Jahrhunderts, konnte sie wachsen und gedeihen. Und wohl nur hier konnte die öffentliche Gesundheitspolitik auch zur "moral crusade" werden[72], zum Kampf um moralische und körperliche Reinheit in einem.

Die aus der städtischen Prägung der Gesundheitspflege resultierende Ungleichheit der Entwicklungen führte allerdings im Großbritannien der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts dann doch immer wieder zu staatlichen Regelungsversuchen, die ungeachtet mannigfacher Rückschläge und lokalen Beharrens eine zunehmende Vereinheitlichung gesundheitlicher Standards zur Folge hatten, die jetzt auch zunehmend von der Stadt aufs Land hinaus ausstrahlten.[73] Aber nicht nur in diesem öffentlichen Sektor der Gesundheitspflege zeigte sich der 'minimal state' des viktorianischen Zeitalters willens und fähig, Einfluß auf die Gestaltung des Gesundheitswesens zu nehmen. Auch private Träger der Krankenfürsorge sahen sich seit der Jahrhundertmitte zunehmendem staatlichen Regulierungsdruck ausgesetzt. In Deutschland, wo die Entwicklung seit dem 18. Jahrhundert eine stärker staatlich geprägte Entwicklung genommen hatte, die

71. Vgl. C. Hannaway, From Private Hygiene to Public Health: A Transformation in Western Medicine in the 18th and 19th Centuries, in: T. Ogawa (Hg.), Public Health, Tokio 1988, 108-28, 108f.

72. Wohl, Endangered Lives, 6.

73. Vgl. P. Thane, Government and Society in England and Wales, 1750-1914, in: F.M.L. Thompson (Hg.), The Cambridge Social History of Britain 1750-1950, Bd. 3, Cambridge 1990, 1-61, 26.

kommunale Ebene im späten 19. Jahrhundert allerdings nicht weniger als auf den britischen Inseln zur bestimmenden Kraft der öffentlichen Gesundheitspflege geworden war, wurden diese Entwicklungen durchaus wahrgenommen und in Reformkreisen diskutiert. Insgesamt herrscht aber der Eindruck einer "selbstbewußten Rezeption" vor[74], die - ungeachtet der vorhandenen Parallelen - der Entwicklung der öffentlichen Gesundheitspflege ihren 'nationalen' Charakter zu bewahren vermochte.

74. Reulecke, Englische Sozialpolitik, 56.